



PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/21533>

Please be advised that this information was generated on 2017-12-05 and may be subject to change.



ONDERZOEK IN HET KORT

Willen hulpbehoevende ouderen een persoonsgebonden budget?

Per 1 juli 1995 mogen ziektekostenverzekeraars hun cliënten bij wijze van experiment een persoonsgebonden budget aanbieden.¹ Dit budget is een geldsom aan een verzekerde die geïndiceerd is voor een bepaald type hulp als alternatief voor zorg in natura. Het gaat hierbij om langdurige hulp op het gebied van verzorging of verpleging aan thuisverblijvende personen.

Zowel thuiszorginstellingen als belangengroeperingen van gehandicapten en ouderen hebben zich de afgelopen jaren sterk gemaakt voor de invoering van een dergelijk budget. Ook het 'paarse kabinet' blijkt een sterk voorstander van deze vorm van zorgverlening getuige het scheppen van bovengenoemde mogelijkheid. Maar hoe kijken de direct betrokkenen, (potentiële) gebruikers van thuiszorg, aan tegen het persoonsgebonden budget? Behoudens de personen die betrokken waren bij experimenten van het persoonsgebonden budget^{2,3}, is geen onderzoek gedaan naar hun mening over deze kwestie. In een pilot-onderzoek naar de preferenties van ouderen vroegen wij hulpbehoevende ouderen of zij een persoonsgebonden budget wensten.

Populatie en methoden

In de tweede helft van 1994 werden 76 ouderen uit Rotterdam, Sittard en Vlaardingen geïnterviewd. De respondenten waren 60 jaar of ouder en woonden alleen. De respondenten uit Sittard werden geselecteerd uit een bestaand onderzoeksbestand, de respondenten uit Vlaardingen werden geselecteerd door verpleegkundigen van een afdeling in een algemeen ziekenhuis en het gecoördineerd ouderenwerk Kralingen/Crooswijk selecteerde de Rotterdamse respondenten. Selectiecriteria betroffen, behalve de leeftijd en het alleenwonen, weinig of geen hulp krijgen bij huishoudelijke of persoonlijk verzorgende activiteiten en (alleen voor Vlaardingen en Rotterdam) de verwachting dat deze situatie op korte termijn (korter dan 6 maanden) noodgedwongen zou wijzigen vanwege een toenemende hulpbehoefte van de respondent. De tabel geeft een overzicht van de leeftijdsverdeling en het geslacht van de respondenten. Bovendien wordt het percentage respondenten weergegeven dat (voornamelijk) informele, formele of particuliere hulp krijgt bij huishoudelijke activiteiten of persoonlijke verzorging.

Aan de respondenten werd de volgende keuzemogelijkheid voorgelegd: 'Stel u heeft hulp nodig, welke van de mogelijke situaties heeft uw voorkeur:

■ Situatie 1

De gewone thuiszorg; wanneer u op een bepaald moment hulp nodig heeft komt er iemand van de thuiszorg bij u langs. Deze persoon gaat samen met u na bij welke activiteiten u hulp nodig heeft en regelt vervolgens dat er iemand komt om u te helpen. U hoeft verder zelf niets te regelen, maar u heeft ook niet zo heel veel inspraak bij het

bepalen wie en wanneer iemand u komt helpen.

■ Situatie 2

Het persoonsgebonden budget; u krijgt zelf het beheer over een bedrag aan geld dat u kunt gebruiken om hulp te kopen. U wordt eerst uitvoerig ingelicht over hoe u dat geld kunt besteden en op welke manier u hulp kunt kopen. Vervolgens moet u zelf de hulp gaan regelen. U zou dan bijvoorbeeld hulp van bekenden kunnen vragen en daarvoor een financiële vergoeding geven, maar u zou bijvoorbeeld ook een advertentie kunnen plaatsen voor een hulp. U moet het zelf regelen, maar u kunt dus ook beslissen van wie en wanneer u hulp wilt krijgen en waarmee u hulp nodig heeft'.

Resultaten

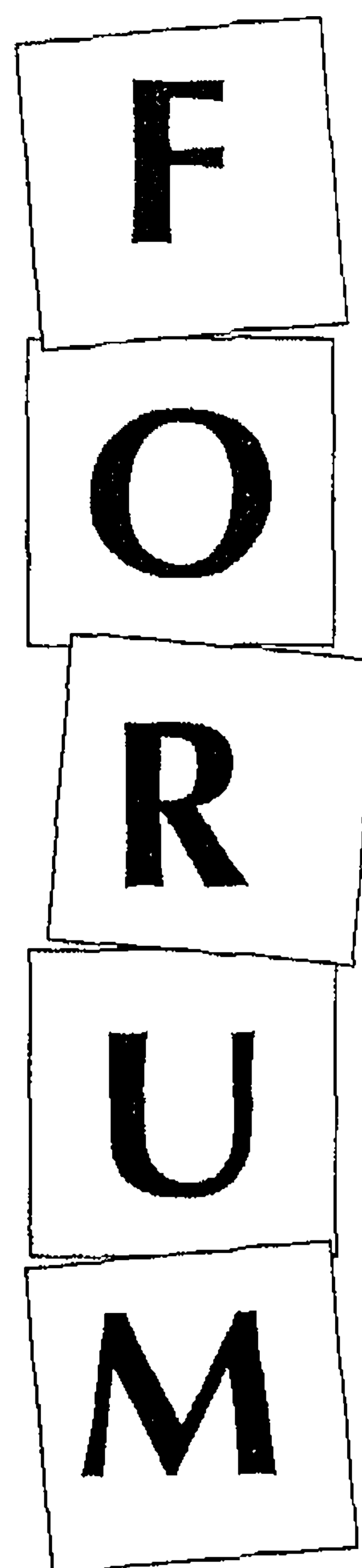
Precies de helft van de respondenten had de voorkeur voor reguliere thuiszorg, 40,8% prefereerde het persoonsgebonden budget en 9,2% had geen keuze gemaakt. Met behulp van chi-kwadraat toetsen werd nagegaan welke van de volgende factoren van invloed was op de keuze van de respondenten: leeftijd, geslacht, inkomen, het hebben van kinderen, hulpbehoefte (ADL- en HHA-validiteit), huishoudelijke hulp of persoonlijke verzorging van een informele, formele of particuliere hulp.

Alleen het feit of men huishoudelijke hulp krijgt van een informele, formele of particuliere hulp blijkt van invloed op de voorkeur van de respondent ($p < 0,02$). De respondenten die huishoudelijke hulp krijgen van informele of particuliere hulpverleners hebben vaker een voorkeur voor het persoonsgebonden budget, gebruikers van formele hulpverleners geven vaker de voorkeur aan de reguliere thuiszorg.

Bespreking

Veertig procent van de respondenten in dit onderzoek heeft een voorkeur voor het persoonsgebonden budget, hetgeen overeenkomt met het percentage thuiszorgcliënten dat koos voor het persoonsgebonden budget in het ZFR-experiment.² Wanneer in ogen-schouw wordt genomen dat deze deelnemers reeds waren 'gescreend' door middel van het toestemmen in deelname aan een dergelijk experiment, heeft waarschijnlijk zo'n 40% van alle hulpbehoevende ouderen, cliënten en niet-clianten van de thuiszorg, een voorkeur voor het persoonsgebonden budget.

De resultaten van deze studie overziend, is de vraag hoe de invoering van het persoonsgebonden budget uitwerkt voor de totale groep hulpbehoevende ouderen. Diegenen die gebruik (kunnen) maken van het



FORUM biedt ruimte voor ingezonden commentaren, korte rapportages van onderzoek, bijdragen uit de praktijk, verslagen van bijeenkomsten, boekrecensies, aankondigingen en berichten. Het gewenste aantal woorden bedraagt 400 voor ingezonden brieven, recensies, congresverslagen en 800 voor overige bijdragen. De redactie behoudt zich het recht voor inzendingen te redigeren en/of te bekorten. Alle kopij, met uitzondering van aankondigingen, dient te worden aangeboden op diskette en in tweevoud op papier.

		%
Leeftijd	60-64	3,9
	65-69	6,6
	70-74	11,8
	75-79	30,3
	80-84	26,3
	85-89	13,2
	≥90	7,9
Geslacht	Man	22,4
	Vrouw	77,6
Huishoudelijke hulp	Informele hulp	19,7
	Formele hulp	38,2
	Particuliere hulp	31,6
Persoonlijke verzorging	Informele hulp	3,9
	Formele hulp	5,3
	Particuliere hulp	1,3

Tabel Enkele kenmerken van de studipopulatie (N=76)

persoonsgebonden budget zijn, ook gezien de resultaten van het experiment, waarschijnlijk grotendeels tevreden over de toename in autonomie en invloed op tijdstip, uitvoerder en aard van het werk dat voor hen wordt gedaan en over een betere relatie(mogelijkheid) met hun hulpverlener.

De positie van de meerderheid van de hulpbehoevende ouderen die niet met een budget wil werken wordt mogelijk aanzienlijk minder aantrekkelijk als gevolg van het invoeren van een persoonsgebonden budget. Verliezen zij namelijk niet een deel van hun recht van spreken door een budget te weigeren? Geven zij hun autonomie niet zelf uit handen? Mogen zij nog klagen over de thuiszorg? Kunnen zij nog kosteloos een beroep doen op informele hulpverlening?

Het persoonsgebonden budget is een prachtig systeem voor die ouderen die hiermee willen en kunnen werken. Voor al diegenen die het persoonsgebonden budget niet aanspreekt zullen wij in de toekomst meer aandacht moeten hebben omdat ook zij 'zorg op maat' wensen.

G. Wielink, R. Huijsman, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam

Literatuur

- 1 Ziekenfondsraad. Regeling subsidiëring zorgvernieuwing verpleging en verzorging 1995, waarin opgenomen verpleeghuisvervangende zorg, het persoonsgebonden budget en coördinatie vrijwillige thuiszorg. Amstelveen, 1995.
- 2 Mensink J, Miltenburg T, Romijn C. Experiment cliëntgebonden budget: verzorging en verpleging. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociale wetenschappen, 1993.
- 3 Stuurgroep Klantgebonden budget. Klantgebonden budget: een nieuw produkt van thuiszorg Rotterdam? Rotterdam, 1993.



BOEKBESPREKINGEN

NAAR EEN GEZONDHEIDSMARKT? Mogelijkheden tot deregulering van de geneeskundige verzorging / T. Kool

Amsterdam: Thesis Publishers, 1995. Tinbergen Institute research series no. 91. 281 pp. f 39,50. ISBN 90 5170 325 2. Ook verschenen als proefschrift, Vrije Universiteit Amsterdam

De centrale vraag van dit boek is boeiend en nuttig. Kool wil nagaan welke motieven in het verleden aan de overheidsregulering in de gezondheidszorg ten grondslag lagen. Vervolgens wil hij vaststellen in hoeverre deze motieven nog geldig zijn, hoeveel ruimte dit voor deregulering biedt, en hoe die deregulering gestalte moet krijgen.

In het eerste hoofdstuk behandelt de auteur de ontwikkelingen gedurende de laatste 200 jaar en distilleert hieruit vijf motieven voor overheidsregulering: een slechte gezondheidstoestand, een laag opleidings- en kennisniveau, een lage welvaart, inkomensongelijkheid en stijgende collectieve uitgaven. In het tweede hoofdstuk stelt hij dat de eerste drie motieven geen aanleiding meer geven voor regulering. Vervolgens vraagt hij zich af of de overheid via de bekostiging van de gezondheidszorg wel inkomenspolitiek moet bedrijven. Het probleem van de collectieve uitgaven vindt hij zo belangrijk, dat hij een apart hoofdstuk wijdt aan de noodzaak om deze terug te dringen. Via het recente volume- en prijsbeleid in de gezondheidszorg is enig resultaat geboekt, maar in de toekomst is dit volgens de auteur alleen mogelijk door de bekostiging te decollectiveren.

Dit zo zijnde, vraagt hij zich in hoofdstuk vier af welke veronderstellingen aan de blijvende regulering ten grondslag liggen en dat zijn de vermeende informatie-asymmetrie tussen consument en producent en het uitgangspunt van gelijke toegang tot de gezondheidszorgvoorzieningen. In hoofdstuk vijf concludeert hij dat de eerste veronderstelling door individualisering en democratisering niet meer geldig is, en dat gelijke toegang in de toekomst in geen geval zal kunnen worden gewaarborgd. Ondertussen wordt de keuzevrijheid van de burgers door de regulering onnodig beknot. Het is tijd voor een alternatief en dat is de gezondheidsmarkt.

In hoofdstuk zes behandelt hij de voorwaarden voor de ontwikkeling van een gezondheidsmarkt. Zo moet een sociaal draagvlak worden gecreëerd, consumenten en producenten moeten zich een marktethiek aanmeten, en er moet fors worden gedereguleerd. In het laatste hoofdstuk werkt hij de blijvende overheidstaken uit. Hiertoe rekent hij de basisgezondheidszorg, de bevordering van marktwerking en de garantie van de toegankelijkheid tot een basispakket met behulp van een variant op de drie-trapsrakket.

De vraag die de auteur zich stelt is niet alleen boeiend en nuttig, maar hij is ook complex en de beantwoording vereist een zorgvuldige analyse. Op dit punt stelt Kool teleur. Zo lijken de motieven tamelijk willekeurig en met weinig kritische zin ten aanzien van de historische litera-